



MESURES IMMÉDIATES POUR MAINTENIR UNE OUVERTURE H24, 365 JOURS PAR AN DES SERVICES D'URGENCES ET DES SMUR

▣ CONTEXTE

Le manque de médecins urgentistes ne permet plus d'assurer le fonctionnement normal des services d'urgences et des SMUR dans l'ensemble des établissements.

La première nécessité est de maintenir ouverts l'ensemble des services encore existants. En effet, du fait des nombreuses fermetures opérées depuis maintenant plus de 20 ans, le nombre actuel de services constitue un seuil en dessous duquel il ne faut pas descendre au risque de mettre la population en danger. Mais il nous faut aussi rouvrir des services autant que de besoin pour respecter le principe de sécurité sanitaire stipulant que tout citoyen doit se trouver à moins de 30 minutes pour accéder en voiture à un service d'urgences et doit pouvoir bénéficier de l'arrivée d'un SMUR dans le même délai pour éviter une perte de chance.

L'autre élément à prendre en compte est la fin de l'obligation de la garde pour la médecine de ville actée en 2002 qui a provoqué une explosion du nombre de passages aux urgences, passé de 10 millions par an à cette date à près de 23 millions aujourd'hui. La politique de développement de maisons médicales de garde, notamment à proximité des services d'urgences, n'a en fait pas permis d'apporter de réponse satisfaisante. En effet, la diminution du nombre de médecins généralistes et l'évolution de leur mode d'exercice privilégiant une activité sur rendez-vous avec un très fort recul des visites à domicile, ont entraîné un afflux de patients par défaut vers ces nouvelles structures ouvertes en soirée et le week-end. Au mieux, cette nouvelle offre de soins a permis de limiter temporairement l'augmentation du nombre de passages aux urgences, mais au fil du temps les patients ont pris l'habitude de venir consulter sur ces tranches horaires plutôt que d'attendre un rendez-vous chez leur médecin traitant, quand ils en ont un (il est bon de rappeler que selon l'Assurance-maladie, près de 6 millions de personnes ne disposent pas aujourd'hui de médecin traitant dont 600 000 personnes atteintes d'affections de longue durée).

Dernier élément, l'absence de véritable médicalisation des EHPAD qui ne disposent en général d'un personnel infirmier qu'en journée, de moins en moins de médecins coordinateurs et surtout d'une incapacité des médecins de ville, du fait de leur démographie déclinante, de véritablement assurer un suivi adapté des résidents (notamment en « urgence », c'est-à-dire

d'assurer une visite dans la journée en cas de besoin). Cette situation a comme conséquence un transport aux urgences de nombreuses personnes qui, dans la plupart des cas pourraient rester dans leurs établissements, s'ils pouvaient disposer d'une visite médicale sur place, notamment en soirée et les week-ends, avec la présence de personnels infirmiers en continu.

▣ MESURES STRUCTURELLES IMMÉDIATES

► Concentration des médecins urgentistes dans les SMUR et pour l'accueil des urgences vitales.

Les médecins urgentistes ne peuvent plus assurer seuls l'ensemble de la permanence des soins en établissements. Il est nécessaire qu'ils concentrent leur présence au niveau des activités où ils ne peuvent être remplacés, à savoir les SMUR et l'accueil des urgences vitales.

► Participation de l'ensemble des médecins hospitaliers (du public et du privé) au fonctionnement des services d'urgences.

La seule possibilité de pouvoir assurer une présence médicale dans les services d'urgences en nombre suffisant nécessite que l'ensemble des médecins hospitaliers participent au fonctionnement de ces structures, notamment la nuit et le week-end. Il s'agit bien sûr d'une contrainte supplémentaire mais indispensable au regard de la démographie médicale actuelle. Il faut souligner le fait que cette pratique existe dans de nombreux pays. Par ailleurs, la généralisation de cette obligation permet une répartition de la charge de travail sur des effectifs importants, rendant de ce fait la charge de travail supplémentaire par praticien tout à fait acceptable. L'argument du manque de compétences ne tient pas, car il est reconnu que 80 % des patients qui se présentent aux urgences présentent des pathologies courantes sans menace vitale immédiate et relèvent donc des compétences générales d'un médecin, quelle que soit sa spécialité. Les seules exemptions acceptables sont les hyper-spécialistes et des raisons de santé en particulier pour le travail de nuit.

► Rétablissement de l'obligation de la garde en médecine de ville. L'organisation de la permanence des soins en ville ne correspond pas aux besoins de la population, car elle s'est réduite, quand elle



existe, à des structures proposant des consultations sans rendez-vous avec une quasi-disparition des visites à domicile, assurées aujourd'hui essentiellement par les structures de type SOS-Médecins n'existant que dans les grandes villes. Il est urgent de rétablir les visites à domicile en urgence, y compris en proposant si nécessaire aux médecins de garde de leur fournir un véhicule avec un chauffeur si nécessaire. Cela éviterait la venue aux urgences par défaut aux urgences de très nombreuses personnes qui ne le nécessitent pas, qui plus est en mettant sous tension un autre service public que sont les sapeurs-pompiers, sollicités eux-aussi par défaut du fait d'un service de garde d'ambulances, assuré par le secteur privé et trop souvent défaillant.

- ▶ **Dimensionner les capacités d'hospitalisation afin d'assurer en permanence un volume de 20 % de lits vacants.** Ce taux est jugé indispensable afin d'assurer la fluidité des hospitalisations en nombre variable, par nature de l'activité des urgences, d'un jour à l'autre et d'une semaine à l'autre. Cette mesure est essentielle, car le temps passé à la recherche de lit est le premier motif de pénibilité du travail évoqué par les urgentistes.
- ▶ **Appliquer les ratios d'effectifs dans les services d'urgences, toutes professions, en s'appuyant sur le référentiel professionnel de SAMU-Urgences de France.** Cette revendication a été posée avec force en 2019 lors du mouvement des urgences et s'est vue opposer un refus du gouvernement. L'application de ces ratios est une nécessité tant pour soulager le travail des personnels que pour assurer la sécurité des patients.

▶ **MESURES D'ATTRACTIVITÉ POUR LES MÉDECINS URGENTISTES**

- ▶ **Titularisation des jeunes médecins appliqués dans les deux années suivant le post-internat.** Il est urgent de mettre fin à toute forme de précarité chez les jeunes urgentistes.

- ▶ **Assurer l'application de l'accord de 2014 sur le temps de travail des urgentistes** avec une rémunération systématique des plages additionnelles au-delà de 39 h de travail posté.
- ▶ **Revalorisation des indemnités de garde en les alignant sur celles des médecins hospitalo-universitaires.**
- ▶ **Doublement du tarif des plages additionnelles** afin de réellement valoriser les heures supplémentaires qui sont aujourd'hui à un tarif inférieur à la rémunération du temps de travail normal des échelons du milieu de carrière.
- ▶ **Doublement des cotisations retraite sur la rémunération des gardes** afin de prendre en compte la pénibilité.
- ▶ **Intégration du samedi matin dans le temps de garde** et ne plus le considérer comme du temps de travail normal.
- ▶ **Proposer aux intérimaires dits « fixes » l'intégration dans les équipes avec une reprise complète de leur ancienneté.**

▶ **MESURES À MOYEN TERME**

- ▶ **Recensement par les ARS des besoins en postes de médecins dans les services à l'instant T et pour les 5 ans à venir.** Une politique prévisionnelle des emplois est absolument nécessaire afin de définir les effectifs en lien avec les facultés de médecine afin de prévoir des pré-affectations par contrat avec les internes et les médecins juniors en fonction des besoins des services.
- ▶ **Réorganisation de la médecine de ville autour de centres de santé et de professionnels de santé (médecins et paramédicaux) salariés en lien avec les hôpitaux au sein des territoires de vie** afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.

